



Historial para caso de adultos

Información general

Nombre:		Fecha de nacimiento:		
Dirección:		Teléfono:		
Ciudad:		Código postal:		
Empleo:		Teléfono de trabajo:		
Mayor título de estudios obtenido:				
Empleador:				
Referido por:		Teléfono:		
Dirección:				
Médico de cabecera:		Teléfono:		
Dirección:				
Marque estado civil:	Soltero/a	Viudo/a	Divorciado/a	Nombre del cónyuge
Hijos (incluye nombre, sexo, y edades):				
¿Quiénes viven en el hogar?				
¿Cuáles idiomas habla Usted?				
Si habla más de un idioma, ¿cuál es su idioma materno?				
¿Tiene Usted cualquier problema auditivo? Si Usted ha visto a un audiólogo o audioprotesista y le hicieron una prueba de los oídos, ¿cuáles fueron los resultados?				

Describa cualquier cambio que Usted ha notado en su voz. ¿Suena débil o ronca? ¿Le cuesta a la gente escucharlo a Usted?

Describa su problema de habla y/o lenguaje.

¿Qué piensa Usted que pudo haber causado el problema?

¿El problema ha cambiado desde que lo notó por primera vez?

¿Ha visto Usted cualquier otro especialista (médico, psicólogo, neurólogo, etc.)? En caso afirmativo, indique el tipo de especialista, cuando lo vio, y las conclusiones y/o sugerencias del especialista.

¿Cualquier miembro de su familia tiene algún problema de habla o lenguaje? En caso afirmativo, por favor descríbalos.

Historial médico

Si ha tenido Usted cualquier de las siguientes enfermedades o condiciones, por favor anote el año aproximado de aflicción:

Adenoamigdalectomía/amigdalectomía	Asma	Mareos
Rubeola	Infecciones del oído	Encefalitis
Temperatura alta	Jaquecas	Pérdida auditiva
Sarampión	Influenza	Mastoiditis
Exposición a ruido	Meningitis	Paperas
Convulsiones	Otosclerosis	Neumonía
Cirugía	Sinusitis	Apoplejía u otro trastorno neurológico
Zumbido de oídos	Otro	

¿Tiene Usted alguna dificultad para comer? ¿Tose mientras está tomando líquidos o tragando comidas sólidas? En caso afirmativo, por favor descríbalos.

Anote todos sus medicamentos actuales:

¿Está sufriendo Usted cualquier reacción adversa a estos medicamentos? En caso afirmativo, por favor descríbalos.

Describa todas sus cirugías, operaciones, y/o hospitalizaciones importantes (incluyendo fechas).

Describa todos los accidentes importantes que Usted ha sufrido.

Provea cualquier detalle adicional que podría ser útil en el proceso de evaluación y remedio.

Persona completando el cuestionario:	Relación al cliente:
Firma:	Fecha: